



**Università
degli Studi
di Palermo**

Dipartimento Me.Pre.C.C.
Medicina di Precisione in Area Medica,
Chirurgica e Critica

Il/ sottoscritto/a _____

Matr. _____ iscritto/a al _____ anno del Corso di
Laurea in Medicina e Chirurgia

CHIEDE

La *variazione* **RELATORE**

Relatore precedente: _____

Relatore definitivo: _____

Correlatore/i Prof. _____

Contro relatore Prof. _____

SESSIONE DI LAUREA PREVISTA _____

Recapiti (telefono e mail) _____ / _____

Data _____

Firma del Relatore

Firma dello studente